

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

808

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par EUGÈNE CHABRIAC

Né à Balleroy (Calvados) le 21 juillet 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE

DES OS LONGS

(Gommes circonscrites et Syphilomes diffus)

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : } MM. BLANCHARD, professeur.
GLEY et GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

508

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552222_0035

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par EUGÈNE CHABRIAC

Né à Balleroy (Calvados) le 21 juillet 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE

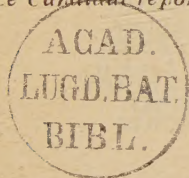
DES OS LONGS

(Gommes circonscrites et Syphilomes diffus)

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : { MM. BLANCHARD, professeur.
GLEY et GAUCHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pat ologie médicale		DEBOVE.
Pa ologie chirurgicale		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
		CHANTEMESSE
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinales		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEQUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR REGRETTÉE

A MON EXCELLENT PÈRE

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON AMI, MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON HONORÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER.

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE DES OS

(Gommes circonscrites et Syphilomes diffus

AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette thèse, nous tenons à adresser à nos Professeurs et Maîtres de la Faculté de médecine de Paris, tous nos remerciements, pour la bienveillance dont ils ne se sont jamais départis à notre égard en nous guidant dans les Sciences Médicales.

Que Monsieur le Professeur Fournier, veuille bien accepter spécialement, l'expression de notre vive reconnaissance ; jamais nous n'oublierons avec quelle bienveillance il nous a reçu dans son service, et avec quelle aménité il nous a prodigué son enseignement et accepté la présidence de notre thèse.

Nous adressons aussi à Messieurs les professeurs Tillaux

et Potain l'hommage de notre sincère gratitude et reconnaissance.

Nous tenons encore à adresser nos remerciements à Monsieur le Docteur Gastou pour ses conseils et la bienveillance qu'il nous a toujours témoigné.

INTRODUCTION

Dans le cours de nos Etudes Médicales, nous avons eu l'occasion d'observer dans les différents services de Médecine et de Chirurgie que nous avons fréquentés, un assez grand nombre de cas d'Ostéomyélite syphilitique.

Le diagnostic de la plupart de ceux-ci a été facile, grâce à la netteté de leurs signes et grâce aussi aux conditions spéciales dans lesquelles ils se sont présentés.

Cependant, nous devons avouer que certains cas ont été difficiles à diagnostiquer, si difficiles même, qu'ils ont pu d'abord être confondus avec d'autres affections tout à fait différentes, et que l'on a dû attendre les résultats de l'application du traitement syphilitique avant de pouvoir poser un diagnostic certain.

Ce sont surtout ces derniers cas pour lesquels un diagnostic peut errer qui ont frappé notre attention et intéressé. Aussi avons-nous fait tous nos efforts, pour en recueillir scrupuleusement les observations, et maintenant que nous sommes arrivés au terme de nos études médicales, choisissons-nous avec empressement pour sujet de notre thèse :

L'ostéomyélite gommeuse des os que nous envisagerons surtout au point de vue clinique.

HISTORIQUE

A Jean de Vigo, revient l'honneur d'avoir été un des premiers auteurs à décrire en 1514 les exostoses syphilitiques et les douleurs ostéocopes.

Un peu plus tard en 1555, Fallope écrivait :

« Il arrive que des tumeurs apparaissent autour des articulations, ou dans les os, au milieu du péroné ou du cubitus, ou à la tête qui porte alors sous forme de couronne les insignes du mal français. Parfois les tumeurs contiennent une substance épaisse qui ressemble à de la gomme, et c'est pourquoi on les connaît sous le nom de tumeurs gommeuses. Il y en a de deux sortes ; les unes sont remplies d'une matière presque pierreuse, analogue à celle qui forme le cal des fractures, les autres contiennent une matière plus molle.

Celle-ci est tantôt lardacée, tantôt un peu moins épaisse, de la consistance de bouillie ou de miel. »

Beaucoup plus tard, il faut citer des travaux de Bertrand, Duverney, Fernel, Astruc, J.-L. Petit et Hunter qui étudièrent surtout au point de vue clinique et thérapeutique l'affection qui nous occupe actuellement.

Marcus Donatus, Sellien (1776), Ant.-Manzami (1795), Earle (1822), Delpech (1823), Brodie (1834), Geisler (1839), Arnott (1840), Bresclet (1842), Fenot (1847), se préoccu-

pèrent surtout de rapporter chacun, avec plus ou moins de précision, des faits de syphilis osseuse. La plupart de ces faits sont consignés dans la thèse de Gellé (1883) et dans le Mémoire de Gangolphe.

Aujourd'hui l'étude de l'ostéomyélite gommeuse au point de vue anatomo-pathologique a fait un grand pas grâce aux travaux de Parrot, de Virchow, de Cornil, de Ranvier (*Traité d'histologie pathologique*), de Lancereaux (*Traité sur la syphilis*), de Follin, d'Arthur von Harlingen (*Encyclopédie internationale de Chirurgie* 1883, article *Syphilis*), de Rokitsky, de Forster, de Meier, de Siegmund, de Zeissel, d'Orth et Baumbach. Mais il faut arriver à la publication du mémoire de Chiari de Prague, pour trouver une série d'observations microscopiques très précises et très intéressantes.

C'est en s'appuyant sur ces observations, et aussi sur celles publiées par Méricamp, Tiersfelder, ainsi que sur quelques observations personnelles que Gangolphe a écrit son excellent Mémoire auquel nous ferons tout à l'heure de larges emprunts.

Enfin aujourd'hui, l'ostéomyélite gommeuse est une page médicale et chirurgicale bien connue au point de vue clinique grâce aux importants travaux faits par Ricord, Rollet, Mauriac, Jullien (*Traité pratique des affections vénériennes*) ; Heydenreich (*Dictionnaire Dechambre* article *Syphilis osseuse*), Lannelongue (Société de chirurgie, 1881) et principalement grâce aux très remarquables leçons du professeur Fournier.

De plus l'article sur la *Syphilis osseuse* de M. A. Poncet, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, et

celui de M. Mauclore dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, résumant bien l'état actuel de la question.

Parmi les thèses, qui méritent d'être mentionnées nous signalerons surtout celles : d'Augagneur (Paris 1879), Levot (Paris 1881), Berne (Paris 1883), Dubar (Paris 1883), Perret (Lyon 1885) et Chabaud (Lyon 1890).

DÉFINITION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sous le nom d'ostéopériostite ou d'ostéomyélite gommeuse nous étudierons ici une lésion osseuse d'origine syphilitique « caractérisée le plus souvent par une ostéite raréfiante dans laquelle le tissu embryonnaire sous-périostique ou le tissu médullaire très abondant revêtent la disposition qu'on observe soit dans les gommes soit dans les syphilomes diffus » Cornil (*Histol. Pathol.*).

Nous considérerons successivement : l'ostéomyélite gommeuse en tant que lésion acquise, et en tant que lésion héréditaire.

Ostéomyélite gommeuse acquise. — L'ostéomyélite gommeuse acquise présente habituellement des foyers multiples siégeant soit sur le même os, soit sur plusieurs os différents.

Il est difficile d'indiquer exactement quels sont parmi les os ceux qui sont le plus souvent atteints, car la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour manquent absolument de précision à ce sujet. Toutefois sur 34 cas de gommes osseuses relevées par Perret dans sa thèse, la lésion siégeait : 10 fois sur le fémur, 9 fois sur tibia, 8 fois sur l'humérus, et 7 fois sur le radius. Au point de vue de leur localisation les gommes semblent aussi bien

occuper le canal diaphysaire de l'os, que le tissu spongieux de ses épiphyses. Très souvent d'ailleurs diaphyses et épiphyses sont simultanément atteintes.

Au point de vue de leur structure, les gommes osseuses doivent être étudiées successivement à l'œil nu et au microscope. Voyons d'abord les détails que nous permet d'enregistrer un simple examen macroscopique.

Examen macroscopique. — A ce sujet, il est absolument nécessaire de considérer successivement les deux formes de l'ostéomyélite gommeuse ; c'est-à-dire.

La forme diffuse (syphilome diffuse).

Et la forme circonscrite (gomme circonscrite).

Dans l'Ostéomyélite Gommeuse à Forme Diffuse non seulement nous voyons la diaphyse augmentée de volume sur une grande partie de son étendue, mais encore les parties molles environnantes subir la transformation gommeuse.

Les muscles de la région en particulier sont habituellement pâles et plus ou moins atrophiés et sclérosés.

Le périoste est inégalement et irrégulièrement épaissi, et suivant les points où se porte l'examen on constate que son adhérence à l'os sous-jacent est très variable.

Ainsi en certains points cette adhérence est absolument nulle par suite de l'interposition d'une substance gommeuse ; tandis qu'en d'autres endroits elle est absolument intime, par suite de la pénétration dans l'os d'expansions fibreuses périostiques.

La forme de l'os malade est également très variable, celui-ci est quelquefois globuleux ou en massue, d'autres fois il est fusiforme. Nous n'insisterons pas d'ailleurs ici

sur ce caractère préférant l'étudier avec soin au chapitre de la Symptomatologie.

L'aspect extérieur de l'os atteint d'ostéomyélite gommeuse diffuse est vraiment remarquable et tout à fait caractéristique, quand il est dépouillé de son périoste. Il est, en effet, parsemé d'ostéophytes extrêmement nombreux, irréguliers et séparés les uns des autres par une quantité infinie d'orifices de formes et de dimensions également très variables. Dans certaines lésions ces orifices sont presque imperceptibles, d'autres fois ils sont considérables et peuvent acquérir jusqu'à 6 et 8 millimètres de diamètre.

Tantôt arrondis, tantôt ovalaires, exceptionnellement irréguliers ils ont habituellement des bords mousses, ou, très légèrement rugueux. Si l'on examine très soigneusement ces orifices à l'œil nu, ou mieux avec une loupe on constate que chacun d'eux est à son tour l'aboutissant d'un très grand nombre d'orifices plus petits, de formes et de dimensions également très variables. Toutefois, pour bien apercevoir ces détails, il est indispensable de pratiquer cet examen sur un os sec, car à l'état frais les orifices que nous venons de signaler sont en partie comblés par une substance gélatineuse ou par une substance caséeuse suivant que la lésion est récente ou ancienne, et en partie par ces travées fibreuses périostiques que nous avons signalées précédemment et qui pénètrent dans l'os.

Si l'on pratique sur cet os une coupe longitudinale, on constate que certains points sont hyperostosés jusqu'à l'éburation, tandis que d'autres, au contraire, sont très poreux et très friables, à cause de la multiplicité à ce

niveau des canaux lacunaires par l'intermédiaire desquels la substance gommeuse centrale communique avec la substance gommeuse sous-périostique. Les parties osseuses hyperostosées sont toutes sous-périostiques, ce qui s'explique aisément par ce fait qu'elles sont le résultat d'une nouvelle ossification uniquement d'origine périostique.

La portion du canal médullaire siège de la lésion est très dilatée et forme une sorte de réservoir principal alimentant les lacunes intra-osseuses et sous-périostiques que nous venons de décrire.

Fait très remarquable, il n'y a pour ainsi dire jamais de séquestres dans les cas d'ostéomyélite gommeuse ; même quand la lésion est très étendue. Il n'y a également presque jamais de suppuration.

Ces deux remarquables caractères joints à l'existence d'ostéophytes séparés par des orifices très nombreux et de dimensions très variables, permettent de différencier avec assez de facilité et de certitude l'os hyperostosé atteint d'ostéomyélite gommeuse, des autres os hyperostosés à la suite d'ostéomyélite infectieuse par exemple, et qui dépourvus d'ostéophytes ont toujours à un moment donné, présenté des séquestres et des écoulements purulents abondants.

Le tissu morbide mou qui remplit au niveau de la lésion gommeuse les lacunes que nous avons décrites, a un aspect variable suivant le degré d'évolution de la gomme. Tout au début ce tissu à une apparence gélatineuse, mais dans la suite il se caséifie habituellement soit en partie soit en totalité. Sa coloration est également très variable suivant les cas « ; tantôt elle est jaune d'or, tantôt jaune

rosé, tantôt ocre (Perret *loc. cit.*). Mais dans tous les cas elle se différencie très facilement et à simple vue de la matière caséeuse tuberculeuse.

La substance gommeuse est généralement parsemée de brides fibreuses assez résistantes qui semblent provenir de la face profonde du périoste et qui pénètrent dans l'os en suivant les espaces lacunaires intra-osseux déjà mentionnés et décrits.

Ces brides fibreuses sont surtout faciles à voir quand on a lavé pendant quelque temps l'os à grande eau, l'on constate alors quelles sont relativement rares à la partie centrale de l'os, tandis qu'elles sont au contraire très abondantes à la périphérie et forment souvent une véritable coque conjonctive autour de la tumeur gommeuse.

Forme Circonscrite. — Cette forme qui n'est quelquefois que le prélude de la forme précédemment décrite reste cependant, dans la grande majorité des cas, localisée, grâce à un processus de sclérose fibreuse et osseuse périphérique. Dans la forme circonscrite la substance gommeuse présente les mêmes caractères que nous avons décrits tout à l'heure à propos de la forme diffuse, mais la coque conjonctive périgommeuse que nous avons signalée plus haut, devient dans la forme qui nous occupe particulièrement nette.

Tant que la gomme circonscrite est très petite le tissu diaphysaire reste indemne, mais pour peu qu'elle augmente de volume il se fait autour d'elle une atmosphère de tissu osseux raréfié, en même temps le périoste se met à sécréter avec plus ou moins d'abondance un os de nouvelle formation.

Grâce à cette production osseuse périphérique, malgré la raréfaction osseuse centrale, l'os atteint conserve une certaine résistance. Malheureusement quelquefois, assez souvent même, le processus gommeux envahit l'os nouveau lui-même, et alors la fracture spontanée est pour ainsi dire fatale.

L'augmentation de volume de l'os malade est le premier indice extérieur certain de la lésion centrale elle est due à la sécrétion osseuse périostique.

Il est rare que cette augmentation de volume fasse défaut, cependant dans quelques cas elle n'est pas considérable, et alors dans ces circonstances pour peu qu'elle soit masquée par des masses musculaires volumineuses comme au niveau du bras et de la cuisse, elle peut passer inaperçue.

Habituellement le canal médullaire est plus ou moins dilaté au niveau du foyer, tandis qu'au contraire il est notablement rétréci au-dessus et au-dessous, très vraisemblablement comme le prétendent un certain nombre d'auteurs à cause d'une ossification médullaire.

Examen histologique. — Si l'on pratique des coupes multiples au niveau d'un syphilome médullaire, et si l'on porte ces coupes sous le champ d'un microscope, voici ce que l'on constate à l'examen :

« A une certaine distance de la lésion la moëlle présente ses caractères normaux, mais à mesure que l'on examine les parties plus rapprochées du foyer on voit les vésicules adipeuses disparaître et être remplacées par des cellules embryonnaires. La vascularisation augmente et déjà se dessine nettement une sorte de trame fibrillaire

très fine, adénoïde en certains points ; plus épaisse, franchement fibreuse ailleurs. Dans cette zone existent de nombreux capillaires dilatés, remplis de globules sanguins.

Cà et là sont des foyers d'hémorrhagie disséminés.

Plus près du centre les cellules embryonnaires à noyaux peu colorés, font place à de petites cellules rondes (cytoblastions de Robin) pressées les une contre les autres et remplissant les mailles de la trame fibrillaire, sur certains points elles paraissent se désagréger pour former un détritux granuleux. Irrégulièrement disséminés au milieu de ces petites cellules rondes, existent quelques éléments cellulaires arrondis ou légèrement fusiformes à noyau coloré : tout à fait au centre le tissu fibrillaire devient de plus en plus délié, pour disparaître dans les parties les plus altérées, tandis que ses mailles ne contiennent plus qu'une substance granuleuse dégénérée, amorphe. Les capillaires très nombreux de la zone la plus extérieure sont de plus en plus rares, et manquent dans la zone franchement caséuse » (1).

Les auteurs ne sont pas d'accord au sujet des lésions vasculaires. Suivant le professeur Cornil, ces lésions n'existent pas, ou sont presque nulles ; suivant d'autres auteurs, au contraire, on constaterait très souvent un épaississement des parois des vaisseaux dont la lumière serait quelquefois plus ou moins obstruée grâce à une prolifération de cellules endothéliales et à une accumulation de globules blancs altérés.

1. Gangolphe. *Mémoire, Lyon Médical*, 1884.

Si la gomme au lieu de se développer au niveau du canal diaphysaire se développe par exemple au niveau de l'une des épiphyses en plein tissu spongieux, on ne tarde pas à constater dit Gangolphe, dans la zone extérieure, une coque raréfiante de plus en plus manifeste, due aux érosions lacunaires qui se forment entre les lamelles osseuses et à travers celles-ci. Les cellules adipeuses qui remplissent les espaces médullaires disparaissent pour faire place aux cellules embryonnaires. Enfin à la périphérie se fait un travail de limitation scléreuse analogue à celui que nous avons décrit tout à l'heure d'après Gangolphe.

Ajoutons que quelquefois, dans le cas de gomme épiphysaire ou juxta-épiphysaire le cartilage diarthrodial est envahi et présente alors des signes de chondrite.

Voyons maintenant comment évolue l'ostéomyélite gommeuse acquise.

Un grand nombre d'auteurs considèrent successivement à ce sujet une ostéopériostite et une ostéomyélite gommeuse, suivant, disent-ils que la gomme siège primitivement à la périphérie ou à la partie centrale de l'os.

D'après d'autres auteurs au contraire, en particulier d'après Gangolphe les lésions au début seraient toujours primitivement centrales, et ne deviendraient que secondairement périphériques en suivant les espaces lacunaires intra-osseux et sous-périostique que nous avons déjà décrits.

Perret dans sa thèse soutient cette théorie de Gangolphe, et prétend que jamais on n'a constaté de gomme vraiment périostique, le centre de l'os étant intact, tandis

qu'au contraire il n'est pas absolument rare d'observer des gommes centrales isolées.

Quand le processus gommeux évolue vers la guérison, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement le tissu osseux central cesse de se rarefier, les espaces lacunaires se combler et le périoste cesse de sécréter de l'os nouveau.

Il persiste seulement une hyperostose plus ou moins considérable, vestige, de l'ancienne lésion, qui, malheureusement peut toujours d'un moment à l'autre se réveiller.

Quand au contraire la gomme évolue sans tendance à la guérison, le processus ostéomyélique ne tarde pas à envahir l'os de nouvelle formation lui-même. Celui-ci devient alors poreux comme le reste de l'os, friable, et dès lors le malade est très exposé aux fractures spontanées.

Quelquefois également des fistules osseuses se forment à travers les parties molles envahies elles-mêmes par la lésion gommeuse, et ces fistules, chose digne de remarque au point de vue du diagnostic, ne suppurent pas ou suppurent peu et en tous cas ne donnent pas lieu à l'élimination de sequestres.

Le développement des os atteints d'ostéomyélite gommeuse, n'est pas notablement modifié quand le sujet a dépassé 25 ou 30 ans, mais quand ce dernier est jeune il n'est pas rare d'observer un arrêt d'accroissement, particulièrement net quand la lésion siège au voisinage des épiphyses.

Terminons ce chapitre en disant qu'actuellement un grand nombre d'auteurs tendent à considérer l'ostéomyélite gommeuse comme résultant d'une inflammation spécifique localisée sur la moelle au même titre que les

autres organes lymphoïdes avec lesquels elle doit être rangée à cause de sa structure et de sa fonction hémotopoiétique.

Ostéosyphilose héréditaire. — Nous envisagerons successivement ici : l'ostéosyphilose héréditaire du nouveau-né et l'ostéosyphilose tardive.

Ostéosyphilose héréditaire du Nouveau-Né. — L'ostéosyphilose des os longs chez le nouveau-né siège surtout d'après Parrot sur le *Tibia* et sur l'*Humerus*. D'après ce même auteur, on note plusieurs degrés dans l'évolution de cette affection qui serait surtout ulcéreuse chez les jeunes enfants et ostéophytique chez les enfants plus âgés.

Première période (2^e semaine). — Périostogenèse avec ostéophytes à l'extérieur et à l'intérieur de l'os épaississement de la couche chondro-calcaire (*couche intermédiaire au cartilage conjugal et à la région juxta-épiphysaire, formé de cartilage déjà incrusté de grains calcaires*).

Deuxième période (De la 2^e et à la 12^e semaine). — Apparition du tissu gélatiniforme dans le tissu spongieux juxtaépiphysaire au voisinage de la couche chondro-calcaire, fractures juxta-épiphysaires et pseudo-paralysies.

Troisième période (6^e mois). — Médullisation et décalcification de l'os.

Quatrième période. — Formation du tissu spongoïde. En définitive, les lésions aboutissent d'une part à la médullisation et, d'autre part à la décalcification d'où la production du tissu spongoïde très friable et d'ostéophyte.

Enfin la cinquième période d'après Parrot serait représentée par le rachitisme proprement dit (1).

On a beaucoup discuté sur les rapports qui existent au point du vue anatomo-pathologique entre la syphilis infantile et le rachitisme. Suivant le Professeur Cornil la destruction anatomique entre ces deux affections reposerait sur les faits suivants.

« Dans le premier degré de la syphilis on observe une exubérante décalcification du cartilage d'ossification et il existe des ostéophytes peridiaphysaires ce qui n'a pas lieu dans le rachitisme.

Dans la seconde période du rachitisme il y a du tissu spongioïde formé et une décalcification considérable de l'os ; dans les os syphilitiques au contraire on a des ostéophytes et un ramollissement médullaire entre la diaphyse et l'épiphyse d'où une disjonction épiphysaire » (2).

Plus tard les lésions syphilitiques se rapprocheraient des lésions du rachitisme et comme nous l'avons dit plus haut, l'os syphilitique d'après Parrot deviendrait rachitique.

Nous n'insisterons pas ici davantage, la discussion de cette délicate question nous entraînerait beaucoup trop loin, nous nous contenterons de dire avec M. le Professeur Fournier « que le rachitisme n'est pas une lésion directe de la syphilis, mais bien une conséquence indirecte déterminant un trouble dans l'organisme de l'enfant, trouble que d'autres influences peuvent déterminer.

1. Maclaure. *Traité de Chirurgie*. Le Dentu et Delbet, page 620.

2. Heydenreich. Article *os*, *Dictionnaire Dechambre*.

Comme le fait remarquer M. Maucclair dans un excellent article sur le Rachitisme, un fait curieux est à retenir : C'est que la syphilis infantile acquise à moins d'action sur la production du rachitisme, que la syphilis héréditaire parce qu'elle épuise moins le sujet.

On a également beaucoup discuté sur les rapports qui existaient entre la syphilis héréditaire et l'ostéite déformante (maladie de Paget), mais nous nous garderons bien d'aborder cette question épineuse qui nous ferait de beaucoup franchir les limites que nous nous sommes assignées pour ce modeste travail, et nous nous contenterons de dire que pour la plupart des auteurs, ici, comme pour le rachitisme, la syphilis joue tout au plus le rôle de cause prédisposante.

Ostéosyphilose héréditaire tardive. — Les ostéopathies hérédo-syphilitiques tardives sont absolument identiques avec les lésions acquises que nous avons décrites ci-dessus, aussi serons-nous brefs sur ce chapitre, et insisterons-nous seulement sur quelques caractères différentiels importants.

Ces lésions surviennent principalement, d'après M. le Professeur Fournier, vers l'âge de 12 ans, puisque sur 282 faits recueillis, on en a noté 251 cas survenant entre 3 et 12 ans, et 21 entre 28 et 45 ans.

Ici, comme pour la syphilis acquise, en note également la multiplicité, la latence des altérations osseuses, l'absence habituelle de nécrose et de suppuration, les arthropathies de voisinage, les fractures pathologiques.

Le plus souvent la localisation est pluri-osseuse, symétrique et siège près du bulbe de l'os.

D'après M. le Professeur Fournier, parmi les os longs « le tibia à lui seul est affecté plus souvent que tous les autres os des membres, voire réunis ».

La lésion osseuse est diffuse ou circonscrite comme dans la syphilis acquise, mais quelle qu'elle soit, tantôt elle évolue vers la sclérose, tantôt vers la nécrobiose.

La résorption osseuse sans élimination au dehors d'eschilles d'os est la règle, et cette résorption dans certains cas pouvant être telle, suivant quelques auteurs, qu'elle aboutit à la disparition complète d'un os important : le radius ou le cubitus par exemple.

La syphilis osseuse peut déterminer un arrêt d'accroissement de l'os, très rarement elle détermine le fait contraire, c'est-à-dire l'accroissement, même quand la croissance est terminée (*Gigantisme* de M. le Professeur Fournier). Dans ce dernier cas, il s'agit d'accroissement interstitiel.

SYMPTOMES

D'après le remarquable travail de Gangolphe qui porte sur 41 observations, l'ostéomyélite gommeuse serait dans la plupart des cas consécutive à une syphilis acquise. Mais cette opinion est très discutable, car comme le dit M. le Professeur Fournier, la syphilis héréditaire doit être incriminée beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement. Malheureusement la plupart des observations publiées dans les revues ou dans les thèses sont fort incomplètes, et il est rare que les auteurs s'attachent à rechercher soigneusement comme ils devraient le faire, l'ensemble des signes spéciaux à la syphilis héréditaire.

Quoiqu'il en soit, nous étudierons tout d'abord avec quelques détails les symptômes de l'ostéomyélite gommeuse en général ; nous nous efforcerons ensuite de grouper les caractères propres à chacune de ces deux formes : acquise et héréditaire.

Étude Clinique de l'ostéomyélite gommeuse en général.

La douleur. — La douleur est en général et habituellement le premier symptôme de l'affection qui nous occupe. Cette douleur est plus ou moins intense suivant les cas, mais rarement elle est absente. Son siège de prédilection est sur les os superficiels, tels que : crâne, clavicule,

cubitus, etc., et elle diffère notablement de la douleur osseuse qu'on observe si souvent à la période secondaire.

« Au début, dit Jullien, ce n'est qu'un engourdissement sans siège défini, une sorte de gêne et de lourdeur de la région, mais bientôt les sensations se localisent, et s'exagèrent; la douleur devient atroce, comparable à celle que produirait l'action d'un marteau, d'un étau ou de vrilles déchirantes. Elle survient la nuit par crises si terribles que le malade privé de tout sommeil, désespéré, ne tarde pas à ressentir des troubles sérieux de l'état général : pâleur, inappétence, gastralgie, constipation, incapacité de tout travail, tristesse. Cependant la palpation la plus attentive ne fait encore reconnaître rien d'anormal, la surface de l'os ne présente pas de gonflement, et parfois même reste insensible à la pression » (1).

Les phénomènes douloureux ne sont pas cependant toujours aussi intenses que les décrit M. Jullien. Sans doute ils manquent rarement, mais ils sont assez souvent légers et fugaces, et suivant leur siège sont alors pris pour des douleurs rhumatismales ou névralgiques. Si le traitement spécifique est institué, ces phénomènes douloureux disparaissent généralement très vite, sinon, ils persistent le plus souvent et ne tardent pas à s'accompagner bientôt d'un deuxième symptôme très important : *le gonflement*.

Le gonflement. — D'après une statistique publiée par Perret dans sa thèse (Lyon 1885) et portant sur 49 cas, le gonflement occupent les principaux os dans les proportions suivantes :

1. Jullien. *Traité pratique des Maladies Vénériennes*.

Fémur	26
Humérus	28
Tibia	18
Radius	10
Clavicule	16
Sternum	3
Côtes	3
Cubitus	2
Omoplate	4
Rotule	1

Toutefois cette statistique n'est juste qu'à la condition d'admettre comme le fait Perret, que presque toujours il s'agit d'une syphilis acquise. Le gonflement est loin d'être d'ailleurs toujours évident. Dans beaucoup de cas, il demande à être recherché très soigneusement. C'est ce qui arrive lorsqu'il occupe le fémur et l'humérus, os recouverts de parties molles très épaisses. Lorsque la tuméfaction siège au contraire sur un os superficiel tel que le tibia ou la clavicule, on peut presque toujours et facilement l'apprécier soit au palper, soit même à la simple inspection.

La tuméfaction étant, suivant l'expression de certains auteurs, le reflet de la lésion centrale, il est évident qu'elle présentera une forme de dimensions variables suivant que la gomme sera circonscrite ou diffuse.

Lorsque la gomme est *circonscrite* la tuméfaction qui la traduit extérieurement, et qui a un volume variable suivant les cas, a généralement la forme d'une « saillie étalée » (professeur Fournier).

Rarement elle a une forme globuleuse. En tout cas elle

paraît hérissée de petites saillies dues aux ostéophytes si elle est superficielle tandis qu'au contraire elle semble lisse, si elle est profonde et recouverte par des parties molles considérables.

Dans le cas d'ostéomyélite gommeuse *diffuse*, l'os atteint est complètement déformé dans son ensemble et peut revêtir différentes formes dont les plus fréquentes sont celles d'une massue ou d'un fuseau.

Le tibia en particulier, présente souvent une déformation très remarquable et qui a été très bien décrite par M. le Professeur Lannelongue. Voici ce qu'on entend aujourd'hui même à l'étranger, sous le nom de *Tibia Lannelongue* : « Au lieu d'être droite la crête du tibia se projette en avant, devient courbe et décrit une ligne arciforme à convexité antérieure. Son profil est exactement celui alors d'un arc de cercle, ou suivant la comparaison adoptée celui d'une *tame de sabre*, l'aplatissement transverse est des plus curieux » (1).

Cette déformation s'observe à l'âge de 7 ou 8 ans, et dans les cas de syphilis héréditaire, *mais elle peut aussi s'observer dans la syphilis acquise*, d'après Roger et Gangolphe, si la lésion est étendue à toute la diaphyse.

L'exploration attentive de l'os malade par le palper est facile, car celui-ci, même quand il est douloureux spontanément n'est en revanche presque jamais douloureux à la pression, même énergique. Il est ainsi facile de se rendre compte exactement de la consistance du tissu osseux.

Cette consistance est habituellement normale, ce n'est

1. Pruche, *Tibia syphilitique*, Thèse Paris, 89.

qu'exceptionnellement qu'elle devient molle, dans le cas où le tissu gommeux a détruit la coque diaphysaire et est venu faire saillie sous la peau.

Ces parties molles qui recouvrent l'os malade sont presque toujours indemnes quand la lésion est circonscrite mais quand la lésion est diffuse elles sont souvent envahies. La peau prend alors généralement une coloration violacée et adhère aux muscles sous-jacents qui sont indurés et sclérosés. Quelquefois des ulcérations et des fistules se produisent; nous les étudierons tout à l'heure. Les plaies guérissent très vite sous l'influence d'un traitement approprié, mais elles laissent après elles des cicatrices très profondes et très adhérentes caractéristiques. La main appliquée à plat sur la région malade ne perçoit pas habituellement d'élévation de température locale.

Mais cette règle peut avoir des exceptions, car on peut dans certains cas de poussée aiguë trouver une élévation de température locale assez forte.

La suppuration dans les cas d'ostéomyélite gommeuse est très rare, puisque sur les 49 cas relevés par Perret dans sa thèse on ne la relève que 7 fois. C'est d'ailleurs une suppuration spéciale, et tout à fait différente de celle que l'on observe dans l'ostéomyélite infectieuse par exemple, et dans l'ostéite tuberculeuse.

D'abord elle est très peu abondante. Ensuite, elle est constituée par l'écoulement d'un liquide assez visqueux analogue à celui qui s'écoule à l'ouverture des gommcs cutanées. Ce n'est d'ailleurs que très tardivement et souvent sous l'influence d'un traumatisme que se produit cette suppuration, lorsque les gommcs osseuses

ont franchi la coque diaphysaire, envahi les parties molles voisines et finalement déterminé la formation d'un trajet fistuleux tantôt très étroit, tantôt très long.

Si l'on introduit un stylet dans le trajet, on arrive facilement sur un os dénudé et l'on est alors tenté de croire qu'il s'agit simplement d'une périostite gommeuse, alors qu'en réalité il s'agit d'une ostéomyélite gommeuse centrale ayant déterminé secondairement une périostite gommeuse.

L'orifice cutané auquel aboutit la fistule présente habituellement certains caractères spéciaux qui permettent généralement de faire d'emblée le diagnostic d'une lésion syphilitique.

Cet orifice, en effet, est le plus souvent régulier, arrondi ou ovalaire, et ses bords taillés à pic ne présentent pas ces bourgeons longueux, pâles, si fréquents dans les ulcérations tuberculeuses.

Ajoutons que si grande que soit la perte de substance osseuse, il est absolument exceptionnel de constater l'élimination de séquestres même très petits et c'est là un caractère important déjà signalé, qui permettra de rejeter d'emblée l'hypothèse d'une fistule ostéopathique tuberculeuse ; et d'une fistule consécutive à une ostéomyélite infectieuse.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, les trajets fistuleux qui résultent de la fonte des gommes osseuses guérissent habituellement très vite sous l'influence du traitement syphilitique, mais laissent presque toujours comme reliquats des cicatrices très disgracieuses, parce qu'elles sont très profondes et très adhérentes.

Certains auteurs prétendent qu'il y a toujours un engorgement plus ou moins marqué des ganglions qui correspondent au membre malade. Pour d'autres auteurs au contraire, en particulier pour Perret (*loc. cit.*) et Gangolphe cet engorgement n'existe pas. Sans doute, dit Perret, la syphilis détermine des modifications considérables du système lymphatique, qui peuvent se traduire par un peu d'engorgement ganglionnaire, mais cet engorgement ganglionnaire est généralisé et nullement localisé au niveau de certaines régions.

Nous avons jusqu'ici eu en vue dans notre description l'ostéomyélite gommeuse en général, nous allons maintenant énumérer rapidement les principaux caractères qui permettent de différencier l'une de l'autre : la forme acquise, de la FORME HÉRÉDITAIRE.

Forme acquise. — Dans cette forme *acquise*, en interrogeant soigneusement le malade (cela souvent sera très difficile) on apprendra généralement qu'il a eu il y a plus ou moins longtemps un chancre induré dont il sera quelquefois possible de retrouver la trace par la cicatrice. Il est rare chez l'homme que cet accident primitif passe inaperçu, le fait est au contraire fréquent chez la femme qui d'ailleurs le dissimulera, ou cherchera à le dissimuler avec plus de succès. Il faudra dans ce dernier cas agir de ruse, demander à la malade, si à un moment donné elle n'a pas eu à certaines périodes, et le soir principalement de violents maux de tête, si elle n'a jamais perdu de cheveux, si jamais elle n'a eu d'éruption de boutons sur la peau, etc.

Ajoutons qu'on pensera surtout à la syphilis acquise

lorsque le malade aura plus de 25 ans, lorsque le traitement spécifique institué agira avec une grande rapidité, et aussi quand il s'agira d'ostéomyélite circonscrite.

Forme héréditaire précoce, qui s'observe chez le nouveau-né et chez les tout jeunes enfants; se révèle quelquefois simplement par des fractures spontanées ou des décollements épiphysaires dont nous aurons l'occasion de parler dans la suite, à propos des complications. En dehors des antécédents héréditaires qui ne sont nullement à négliger, ce sont surtout la déformation du crâne et de la face qui ici sont caractéristiques et pathognomoniques.

La proéminence des bosses frontales et occipitales détermine le front « olympien » ou « ventru » à bosselure latérale, en carène. (Professeur Fournier).

La microcéphalie est fréquente par suite de la soudure prématurée des sutures. Certains fragments osseux, en particulier l'écaille du temporal, peuvent s'isoler. L'asymétrie du crâne également est fréquente. L'élargissement du diamètre bi-pariétal avec dépression plus ou moins notable du sinciput au niveau de la suture sagittale (crâne natiforme) serait aussi de nature syphilitique. Enfin signalons encore les déformations des maxillaires, les irrégularités dentaires, le nez retroussé et le nez en lorgnette, tous signes que M. le Professeur Fournier a mentionnés dans son magistral tableau de la syphilis héréditaire.

L'ostéomyélite gommeuse, héréditaire, tardive, s'observe surtout vers l'âge de 12 ans. On la reconnaîtra en s'inquiétant des antécédents héréditaires et en recherchant

attentivement les lésions concomitantes si remarquablement étudiées et décrites par M. le professeur Fournier, savoir: les déformations dentaires (atrophie dentaire, absence de certaines dents, dents de poisson), la kératite interstitielle, la surdité, (ces trois symptômes étant habituellement réunis sous le nom de triade d'Hutchinson), l'infantilisme, les difformités craniennes et nasales que nous avons déjà signalées, les papules croûteuses au pourtour des narines, le coryza chronique, l'alopecie, et souvent des signes de syphilis hépatique.

Complications. — Les fractures spontanées sont assez rares, elles constituent quelquefois le premier symptôme de la syphilis héréditaire chez les tout jeunes enfants comme nous l'avons déjà dit précédemment. Elles sont dues non pas à la cachexie temporaire créée par une syphilis concomitante, mais bien à la lésion osseuse. Nous avons suffisamment insisté à propos de l'anatomie pathologique sur le mécanisme de ces fractures pour n'avoir plus à y revenir. La consolidation de ces fractures se fait généralement très bien à condition que l'on institue le traitement spécifique.

Des fractures spontanées nous devons rapprocher les décollements épiphysaires qu'on observe quelquefois chez le nouveau-né ou dans les deux ou trois années qui suivent la naissance.

Le membre malade pend d'abord flasque, inerte, il y a des douleurs vives et une tuméfaction limitée ou diffuse et plus ou moins apparente de l'os. C'est la pseudo-paralyse infantile, facile à reconnaître d'ailleurs grâce à la solution de continuité, à la conservation des réflexes, à

la contractilité électrique normale, à l'absence de troubles atrophiques et de fièvre.

Nous avons déjà signalé à l'anatomie pathologique le raccourcissement possible plus ou moins considérable d'un membre, quand la lésion apparaît avant le complet développement du squelette, le raccourcissement est surtout gênant lorsqu'il porte sur l'un des membres inférieurs.

Plus rarement on peut observer un allongement des os :

« *Gigantisme* de M. le Professeur Fournier ».

Les complications articulaires sont très rares, elles résultent de la propagation du processus gommeux à l'articulation voisine.

Si le traitement est institué de bonne heure l'articulation n'est pas compromise. L'ankylose est au contraire à craindre dans les cas où le traitement est appliqué tardivement.

Les plaies qui résultent des gommès à l'extérieur peuvent s'infecter, mais c'est une complication trop rare pour que nous insistions.

Quelquefois même après la guérison de la gomme, il persiste une hyperostose très douloureuse. La trépanation osseuse est alors le seul moyen de soulager sûrement et rapidement le malade.

D'autres fois il persiste une déformation osseuse non douloureuse mais gênante qui peut également obliger le chirurgien à intervenir.

Enfin les complications viscérales sont très à redouter puisque dans 23 autopsies d'individus morts avec de l'os-

tête syphilitique, les principaux organes étaient pris dans la proportion suivante :

Foie	8	Cerveau.	2
Rein	8	Poumon.	1
Rate	6	Corps thyroïde	1
Testicule et épididyme.	2	(Perret).	

Il nous resterait pour terminer cette étude des complications à parler des rapports de l'ostéomyélite avec le Rachitisme et la maladie de Paget ; mais ce sont là questions trop délicates, et qui nous entraîneraient loin des limites que nous nous sommes fixées. Du reste nous avons un peu parlé de ces différentes affections au chapitre d'*Anatomie Pathologique*.

DIAGNOSTIC

Douleur plus ou moins vive tantôt accompagnée d'une tuméfaction plus ou moins considérable, tels sont les deux symptômes qui joints à l'absence de phénomènes fébriles, d'engorgement ganglionnaire, de suppuration et d'élimination de séquestres permettent de faire le diagnostic de l'ostéomyélite gommeuse. Quelquefois cependant, la douleur et la tuméfaction manquent, et alors la gomme osseuse peut se révéler d'emblée par une fracture ou un décollement épiphysaire.

L'ostéomyélite gommeuse sera facilement différenciée d'avec l'ostéomyélite infectieuse, car dans cette dernière il y a des phénomènes fébriles généralement intenses, une douleur habituellement nettement localisée et exagérée par la pression, de la rougeur, de la chaleur et de la tuméfaction comme dans tout abcès, de l'engorgement ganglionnaire, enfin une suppuration abondante avec élimination de séquestres osseux. Ces deux derniers symptômes : suppuration et élimination de séquestres permettent également de reconnaître l'ostéomyélite chronique d'emblée avec laquelle l'ostéomyélite gommeuse peut souvent très bien se confondre.

L'ostéite tuberculeuse se reconnaîtra aisément grâce à son évolution lente, sans phénomènes fébriles, grâce à

l'existence d'un ou plusieurs points douloureux très nets, grâce enfin à une suppuration abondante pouvant s'accompagner d'élimination de sequestres.

L'examen rigoureux des sommets pulmonaires sera également d'un grand recours pour le clinicien.

L'ostéosarcome a une évolution généralement très rapide, avec engorgement ganglionnaire, dilatation du réseau veineux sous-cutané et douleur exaspérée par la pression. En cas de doute l'application du traitement spécifique prouvera au bout de quelques jours au clinicien que la syphilis n'est pas en cause.

Les exostoses de croissance très saillantes, souvent pédiculées et comme surajoutées à l'os auquel elles appartiennent seront aisément différenciées de ces tuméfactions étalées qui font corps avec l'os dans l'ostéomyélite gonmeuse.

Quant à la confusion avec l'ostéopériostite rhumatismale et avec l'ostéite traumatique elle n'est vraiment pas possible à la condition qu'on y songe.

Le décollement épiphysaire se distinguera aisément de la paralysie infantile par la conservation de la motilité, des réflexes et de la contractibilité électrique.

Enfin la dactylite syphilitique ne sera pas confondue avec le spina ventosa à cause de ses altérations d'augmentation et de décroissance et aussi à cause de la non tendance à la suppuration. D'ailleurs l'application du traitement mettra vite sur la voie du diagnostic en cas de doute.

Une fois le diagnostic différentiel fait, il faudra faire le diagnostic de la forme qui peut être acquise ou hérédi-

taire. Ce diagnostic quelquefois délicat est souvent à tort négligé. Nous ne reviendrons pas ici sur les principaux caractères des différentes formes de l'ostéomyélite gommeuse, nous les avons en effet étudiées au chapitre précédent.

ÉVOLUTION. — PRONOSTIC.

Nous avons vu que dans le cas de syphilis acquise, l'ostéomyélite gommeuse apparaissait habituellement au moins 8 à 10 ans après l'accident primitif. Dans un cas elle est apparue 2 ans après (Perret), et dans un autre seulement 30 ans après.

L'ostéomyélite gommeuse héréditaire tardive apparaît le plus souvent vers l'âge de 12 ans.

Le pronostic est généralement bénin, surtout dans le cas de syphilis acquise, à la condition que le traitement soit institué aussitôt que possible. Si cette précaution n'est pas prise de bonne heure, les complications que nous avons étudiées tout à l'heure seront à redouter.

TRAITEMENT

Dans les cas de syphilis acquise, on ordonnera comme traitement un traitement mixte qui fera le plus souvent merveille; Dans des cas anciens, on ordonnera surtout l'iodure de potassium à haute dose et pendant longtemps.

Dans le cas de syphilis héréditaire précoce il faudra avoir recours à un traitement aussi actif que possible. A ce sujet on a préconisé les frictions sur le ventre et autres parties du corps avec l'onguent napolitain, le bain de sublimé, l'ingestion de liqueur de Van Swieten, et les injections intra-musculaires de vaseline au calomel suivant la méthode de Scarenzio.

Dans le cas de syphilis héréditaire tardive, on prescrira également les injections intra-musculaires de vaseline au calomel, et dès que le malade aura atteint une dizaine d'années on pourra lui faire prendre de l'iodure de potassium à haute dose.

S'il existe une plaie celle-ci sera recouverte avec un emplâtre de Vigo qui donne dans ce cas d'excellents résultats.

S'il se produit une fracture un décollement épiphysaire l'immobilisation dans un bon appareil, joint à l'applica-

tion du traitement spécifique amènera sûrement une guérison assez prompte.

Enfin le chirurgien sera quelquefois obligé d'intervenir, soit pour trépaner une hyperostose douloureuse, soit pour réduire par l'ostéotomie un os déformé.

CONCLUSIONS

Il existe deux formes d'ostéomyélite gommeuse : la forme circonscrite et la forme diffuse. La première lésion s'observe surtout dans le cas de syphilis acquise ; la seconde s'observe surtout dans le cas de syphilis héréditaire.

Les principaux symptômes de l'ostéomyélite gommeuse en général, sont la douleur et la tuméfaction. L'ostéomyélite gommeuse présente de plus ce double caractère de ne suppurer presque jamais et de n'éliminer pour ainsi dire jamais de séquestre.

Les principales complications de l'ostéomyélite gommeuse sont les fractures spontanées, les décollements épiphysaires ; le raccourcissement, plus rarement l'allongement des os ; les déformations osseuses, les hyperostoses douloureuses et les accidents viscéraux.

Nous passons sur les rapports de la syphilis osseuse avec le rachitisme et la maladie de Paget, car nous n'avons fait qu'effleurer cette question au chapitre des complications.

L'ostéomyélite chronique d'emblée, l'ostéite tuberculeuse et le sarcome sont les trois grandes affections avec lesquelles le diagnostic différentiel doit être fait.

Une fois le diagnostic posé, il faudrait s'efforcer de faire le diagnostic de la forme, acquise ou héréditaire, par l'analyse attentive des symptômes que nous avons décrits à ces formes.

Dans le cas de lésion récente, le traitement sera mixte

L'iodure de potassium sera indiqué de préférence dans les lésions anciennes. Enfin le chirurgien pourra être obligé d'intervenir soit pour trépaner des hyperostoses douloureuses, soit pour redresser par l'ostéotomie certaines déviations osseuses gênantes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Ostéomyélite gommeuse de la clavicule droite et du tibia gauche prise au début pour une ostéite tuberculeuse. Application du traitement mixte ensuite guérison.

La nommée Albertine P... âgée de 27 ans, entre le 9 mars 1899 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Richelot (isolement), lit n° 35 pour une fistule de l'épaule droite et de la jambe gauche.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une maladie de foie toussait un peu. Père âgé de 53 ans bien portant. La malade a une sœur âgée de 30 ans, très bien portante et qui a trois enfants vigoureux.

Elle a perdu cinq frères et sœurs, l'un d'eux est mort-né, les autres sont morts la plupart de méningite entre 10 mois et 3 ans.

Antécédents personnels. — La malade a marché très tard et a été soignée dans son enfance comme rachitique. Elle a été réglée à 14 ans et les règles ont été régulières, jusqu'il y a 15 mois, depuis elles avançaient toujours un peu chaque fois.

Mariée à 19 ans et demi.

La malade ne se rappelle pas avoir jamais eu à la vulve ni ailleurs, de bouton, pouvant faire penser à un chancre. On ne cherche d'ailleurs en vain la cicatrice. Elle ne se rappelle pas

non plus avoir d'éruption cutanée. Mais deux ans après son mariage, elle a commencé à perdre ses cheveux et à avoir de violents maux de tête le soir. Cet état a duré environ pendant cinq à six mois, puis les phénomènes douloureux se sont calmés et les cheveux ont repoussé.

Il y a un an la malade a accouché prématurément d'un enfant de 8 mois mort et macéré.

Quelque temps après son accouchement elle a commencé à souffrir à la face interne du tibia gauche, puis une tuméfaction s'est produite à ce niveau, laquelle au bout de quelques mois s'est ouverte et a suppuré. Un médecin consulté ordonna des pansements antiseptiques humides.

Au mois de janvier dernier la malade commença à souffrir de l'épaule droite, puis apparut une nouvelle tuméfaction à ce niveau, et cette tuméfaction comme la première s'ouvrit et donna lieu à la formation d'une fistule.

La malade a beaucoup maigri depuis 6 mois; c'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Richelot.

Examen le 10 mars.

Epaule. — Au niveau de l'extrémité externe de la clavicule est un orifice circulaire de 3-4 millimètres de largeur entouré d'une petite aréole rouge et par lequel s'échappe constamment un peu de liquide louche. La malade souffre beaucoup la nuit à ce niveau, mais la pression n'est pas très douloureuse. L'exploration de la fistule avec un stylet conduit sur l'extrémité externe de la clavicule; peut-être sur l'acromion.

Les mouvements de l'épaule sont très faciles.

Les ganglions de la nuque sont un peu engorgés.

Au niveau de la face interne du tibia gauche, l'ulcération

mesure 5 à 6 millimètres de largeur; elle a paraît-il diminué de moitié le mois dernier. Il est impossible avec le stylet d'arriver sur l'os.

Deux exostoses frontales à peu près symétriques.

Pas d'engorgement ganglionnaire crural appréciable.

La respiration est rude aux deux sommets surtout au sommet gauche au niveau duquel il y a de la submatité.

Cœur. — Normal.

Urines. — Contiennent peut-être un peu d'albumine.

Appareil digestif. — Pas d'appétit, digestions mauvaises.

Diagnostic. — On hésite entre ostéite tuberculeuse et ostéomyélite gommeuse et on ordonne le traitement mixte; ainsi que des applications de Vigo sur les plaies.

Au bout de huit jours la plaie de la jambe est complètement fermée; la plaie de l'épaule va beaucoup mieux.

Le 26 mars. — La malade sort; les exostoses frontales ont disparu, la plaie de l'épaule est presque fermée. La malade a augmenté de 3 livres durant son séjour à l'hôpital.

Nous revoyons la malade le 6 juin. Elle est complètement guérie et a engraisé de 12 livres depuis sa sortie.

OBSERVATION II (Personnelle).

Ostéomyélite gommeuse acquise du tibia gauche. Traitement mixte. Guérison.

Le nommé Alfred C., garçon de café, âgé de 25 ans entre le 25 septembre à l'hôpital de la Pitié salle Rayer lit n° 20; service du docteur André Petit.

Antécédents personnels. — Fièvre thyphoïde à 12 ans, chancre

induré à 20 ans ; pour lequel il s'est juste soigné pendant 3 semaines avec des pilules de protoiodure.

Il a commencé à souffrir à la face externe du tibia gauche au commencement de juillet ; mais il ne s'est aperçu qu'il avait une grosseur à ce niveau qu'au commencement du mois de septembre. Cette grosseur s'est ulcérée 4 ou 5 jours avant son entrée à l'hôpital.

Examen. — Ulcération de la largeur d'une pièce de 1 franc siégeant à la partie moyenne de la face interne du tibia gauche. Cette ulcération est arrondie à bords taillés à pic ; très profonde.

Autour de cette ulcération existent quelques traînées lymphangitiques d'où engorgement ganglionnaire assez volumineux et douloureux au niveau de l'aîne.

M. Thirolaix remplaçant du docteur Petit, ordonne : médication mixte et pansements humides. Au bout de quelques jours, quand la lymphangite est passée on remplace les pansements humides par l'emplâtre de Vigo.

Le malade sort au bout de 15 jours guéri à peu près complètement. Il devait revenir s'il n'allait pas mieux ; il a donc certainement achevé de guérir complètement chez lui.

OBSERVATION III (Inédite).

Syphilis héréditaire tardive. Exostose douloureuse du tibia droit traitée par la trépanation. Guérison.

(Obs. communiquée par M. G. Hivet, interne).

La nommée Berthe C..., âgée de 12 ans, entre à l'infirmerie de l'hospice d'Ivry, service de chirurgie du Dr Michaux ; parce qu'elle souffre à la face interne de la jambe droite.

Sa mère raconte qu'elle est soignée depuis 4 ou 5 ans déjà pour de la syphilis héréditaire ; et en effet elle a le front natiforme, le nez en lorgnette, les déformations dentaires caractéristiques, de la surdité et du coryza chronique.

Elle souffre tellement de la jambe droite qu'elle marche en boitant.

Au niveau de la face interne du tibia droit, vers la partie moyenne, on constate une petite saillie aplatie, très dure, ovulaire, large comme une pièce de 2 francs ; qui n'est pas douloureuse à la pression mais qui fait vivement souffrir la malade quand elle marche.

Sur le conseil de M. Michaux chef de service, M. Hivet, interne, fait une large trépanation du tibia à la gouge et au maillet sur toute l'étendue de l'ouverture.

Suites opératoires très simples.

La malade est sortie au bout d'un mois ne souffrant plus. Elle a été revue plusieurs fois dans les quelques mois qui ont suivi l'opération. La guérison semblait devoir se maintenir.

OBSERVATION IV

(Thèse de Perret, Lyon 1885).

François C... 33 ans, cordonnier, entre dans le service du professeur Tripier le 26 mai 1885.

Père et mère bien portants.

Un frère mort de la variole. Un frère et une sœur en bonne santé.

Accidents scrofuleux dans son enfance, croûtes dans les che-

veux, maux d'yeux, vue faible ; jusque vers quatorze ans pas de maladie.

A quinze ans, douleur et tuméfaction du genou droit qui persistent malgré application de sangsues. Il se forme bientôt au niveau du tiers supérieur du tibia des abcès qui suppurent pendant deux mois ; deux séquestres sont éliminés ; l'articulation du genou est prise et ankylosée.

Après un séjour aux bains de mer, la plaie se cicatrise complètement.

Il y a environ huit ans, il ressentit des douleurs à la partie moyenne du tibia et il eut une adénite inguinale qui disparut grâce à l'application d'une pommade iodurée.

Il y a cinq ans il eut une blennorrhagie et un chancre sur le prépuce. L'évolution de la syphilis fut assez bénigne ; car il ne s'est jamais si bien porté que depuis.

Il y a trois ans, il s'aperçut tout à coup d'une tuméfaction dans l'aisselle droite ; celle-ci s'abcéda et donna lieu à du pus ; l'orifice se recouvrait d'une petite croûte que le malade enlevait. Il sortait de nouveau du pus et la douleur qu'il éprouvait à ce niveau était très atténuée. L'orifice se ferma au bout d'un an.

Il y a trois mois, sa jambe droite devint le siège de douleurs violentes surtout au lit ; il se fit une tuméfaction au niveau de la partie moyenne. Il alla à l'Antiquaille pour se guérir ; et en effet sa plaie se cicatrisa rapidement.

Il sortit alors de l'Antiquaille, mais huit à dix jours après il ressentit des douleurs violentes pendant la nuit, surtout dans les deux bras et dans le dos.

L'application de l'iodure à l'intérieur et des frictions à la pommade camphrée, amènent une amélioration.

Il voulut reprendre son travail mais la douleur devint plus violente que jamais et il rentra à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Genou droit ankylosé, rectiligne. Jambe droite. La face externe du tibia est déformée vers son tiers supérieur. Très élargie, elle présente des dépressions et des saillies de consistance très dure. Au niveau des cicatrices existent des points par où se sont éliminés les séquestres. Nulle part la pression n'est douloureuse sauf à la partie moyenne où existe une tuméfaction large comme une pièce de 5 fr. Peau chaude, a une consistance ferme et n'est pas fluctuante.

Bras droit. — Vers la partie externe du creux axillaire existe une cicatrice vestige, d'un ancien abcès.

La partie moyenne du bras droit est le siège d'une tuméfaction considérable. Peau rouge, tendue, sensation de douleur. La pression douloureuse surtout au niveau de la partie externe du bras. L'humérus semble atteint. Pas de fluctuation.

Aucun point douloureux dans l'articulation du coude ; les mouvements ne sont pas pénibles.

Bonne santé habituelle ; un peu d'enrouement de la voix.

Rien au cœur ni aux poumons.

Le malade est en traitement antisyphilitique à l'iodure.

2 juin. — Le traitement fait disparaître le gonflement et les douleurs des bras. Les mouvements du coude deviennent possibles.

Le mieux s'accroît de jour en jour et on envoie le malade à la maison de convalescence.

OBSERVATION V

(Résumée du mémoire de Gangolphe).

L..., 43 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1881 pour une fracture sous-trochantérienne de la cuisse gauche.

Un an après son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a ressenti des douleurs dans les épaules et les hanches, il y a un mois ces douleurs deviennent si intenses qu'il fut obligé de se mettre au lit.

Un jour il marchait avec des béquilles, lorsque l'une d'elle cassa et détermina la chute, cause de la fracture. A son entrée on constata tous les signes d'une fracture sous-trochantérienne du fémur gauche. Le raccourcissement était de 5 à 6 centimètres.

Placé dans une gouttière avec appareil à traction, le membre fracturé 70 jours plus tard, n'apparaît qu'avec une consolidation très imparfaite qui persistait encore le 110^e jour. Mais dans l'intervalle de ces deux examens, l'état général était devenu moins bon; il y avait de la perte d'appétit et de l'amaigrissement.

Les douleurs qui avaient disparu se montrèrent de nouveau dans les membres inférieurs et dans les membres supérieurs. Impossibilité de fléchir la cuisse droite sur le bassin.

La fracture étant le siège d'une tuméfaction notable se prolongeant en haut au côté externe de la cuisse. Légère douleur à la pression de la région tuméfiée, œdème notable du membre inférieur gauche.

Notons enfin une augmentation appréciable des ganglions inguinaux des deux côtés et des ganglions cervicaux. Le 22 octobre il meurt d'érysipèle de la face dans un état cachectique des plus marqués.

Résumé. Autopsie. — Tissu cellulaire du membre inférieur gauche infiltré. Les muscles sont jaune-rougeâtres. Pas de suppuration.

La fracture paraît avoir été oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Le périoste très épaissi se détache facilement du tissu osseux sous-jacent.

Après une section longitudinale de l'os, on voit le canal médullaire remplacé par une cavité irrégulière, anfractueuse, contenant une substance molle comme du mastic, variant de la couleur jaune-rosée, à la couleur jaune safran.

Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés mais fermes, durs, non suppurés. Le rebord cotyloïdien est érodé; et le fibro-cartilage est arraché en partie. Des coupes portant sur la tête du fémur démontrent l'extension de l'ostéite sur toute sa largeur.

L'articulation coxo-fémorale droite contient un peu de sérosité purulente.

L'humérus droit présentait au centre de sa tête une masse blanc jaunâtre diffuse à bords mal limités.

La substance jaune infiltrait le tissu osseux, mais ce dernier était simplement raréfié. Lésion de la dimension d'une pièce de 1 franc, et intégrité des cartilages articulaires.

OBSERVATION VI

Res. du Mém. de Gangolphe, loc. cit.

X..., 61 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 18 avril 1884, parce qu'il s'est cassé un bras à la suite d'une crise. Il meurt le 22 avril avec de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum.

Autopsie. — Humérus droit trait de fracture oblique de haut en bas, de dehors en dedans, avec extrémités des fragments amincies comme atteintes d'ostéite raréfiante.

A chaque extrémité fragmentaire moelle rougeâtre indurée. Périoste se décollant très facilement. Périmètre dépassant de deux centimètres celui du côté sain.

Eburnation sur quelques points. Le canal médullaire a disparu presque complètement sur le fragment au voisinage de la fracture ; il est seulement indiqué par des espaces lacunaires plus considérables.

Fémur droit. — Périmètre au niveau du petit trochanter 18 centimètres 1/2. Le col et la tête du fémur paraissent intacts. Le tissu musculaire avoisinant est jaune rougeâtre et adhère beaucoup au périoste sous-jacent. Ce dernier très épaissi se sépare facilement par places, du tissu osseux tandis qu'ailleurs il lui adhère très intimement. La surface de la diaphyse est parsemée d'une multitude d'orifices creusés à sa surface, arrondis ou ovalaires mesurant de 3 à 10 millimètres de diamètre et dans lesquels viennent s'ouvrir de nombreux petits canaux.

A part ces trous il existe des dépressions et des petites saillies ostéophytiques. L'os ancien et l'épaisse couche d'os nouveau sont raréfiés parcourus par des tunnels de différents calibres, qui font largement communiquer la substance molle sous-périostique avec la masse centrale.

L'épaisseur de l'os nouveau est très variable. Le canal médullaire est irrégulièrement dilaté. Sur des coupes fraîches, toutes les dépressions périostiques, les lacunes extra-osseuses, la cavité centrale paraissent remplies d'un tissu plus résistant que la moelle normale d'une coloration grisâtre. En certains points cette substance est légèrement rosée.

Le fémur gauche présente des lésions à peu près analogues à celles que nous venons de décrire, seulement il ne reste plus que des vestiges d'orifices qui paraissent avoir existé sur le fémur gauche comme sur le fémur droit.

L'os ancien et l'os nouveau ne sont pas raréfiés mais éburnés. Le canal médullaire est irrégulièrement rétréci ; et loin de se prolonger en se dilatant jusqu'à la base du col, comme celui du côté droit ; il disparaît complètement à 5 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter. La résistance de l'os est considérablement augmentée.

OBSERVATION VII

Thèse de Moricamp. Paris 1882.

Résumé : Femme de 41 ans entrée le 4 avril 1874, service de M. le Professeur Fournier. Chancre infectant en 1853. Actuellement accidents tertiaires osseux multiples.

Sur aucun des points atteints du squelette on ne voit se développer d'abcès, ni s'éliminer des séquestres.

Après être restée plusieurs années dans un état de santé satisfaisant, la malade rentree de nouveau dans le service du professeur Fournier, s'affaiblit progressivement et succombe. A l'autopsie on constate des lésions osseuses multiples et étendues (crâne, humérus gauche, clavicule gauche, sternum, fémur gauche, tibia droit) qui se présentent avec des caractères tout-à-fait semblables à ceux indiqués dans l'observation précédente. Il n'y avait ni collection purulente ni séquestre.

OBSERVATION VIII

(Traité de la génération des os de Ollier).

L... G..., entre le 2 décembre 1864 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette malade chétive, anémique, aux membres grêles, porte des traces d'affections osseuses anciennes (deux cicatrices en dehors et au-dessus de l'orbite à droite, une autre au milieu du sternum). Il y a 7 ans environ, après une chute faite sur l'épaule, elle a conservé cette région tuméfiée et douloureuse ; mouvements du bras très limités. Il y a deux mois, les douleurs prirent une très grande intensité, la fièvre se déclara, l'épaule devint le siège d'une grande tuméfaction et un abcès s'ouvrit vers le milieu du mois d'août.

Le 6 septembre. — On constate une plaie de 3 à 5 centimètres d'étendue à sa surface, communiquant avec l'articulation.

On voit au fond de la plaie la tubérosité externe de l'humérus dénudée, pas de séquestre mobile. La partie dénudée est encore vasculaire, douleurs sourdes et continues.

Malgré un traitement général et local, la suppuration devenant abondante, et la malade s'affaiblissant de jour en jour, on se décida à l'opérer, ce qui fut fait le 16 septembre. Incision de 8 à 9 centimètres. Dissociation des fibres du deltoïde, et arrivée sur l'os en incisant le périoste.

On prend alors la sonde et sans couper aucun tendon on dénude la tête de l'humérus des tissus fibreux qui l'entourent. Après l'avoir fait saillir et luxée en dedans on détache ensuite le reste du périoste de haut en bas. En dedans l'os était en plusieurs points dépouillé de son périoste et recouvert de masses

de pus concret, sa surface était érodée ; des fusées purulentes parlaient de ce point.

Il fallut aller plus bas et séparer le périoste sur une longueur de 15 centimètres. L'os fut scié à ce niveau.

La dissection du périoste avait été régulière, on distinguait une gaine à peu près complète, bien qu'elle se fût trouvée interrompue en dedans au niveau du corps de l'os, et sur plusieurs points de la tête ; c'est en arrière et en dehors que cette membrane se trouvait la plus adhérente.

L'os enlevé était dans l'état suivant : La tête humérale aplatie, déformée était encore recouverte de son cartilage, mais celui-ci était ramolli, inégal et en voie de résorption en plusieurs points. Toute la surface de l'os a été dépouillée par le fait de l'opération des parties qui s'y insèrent normalement. Le tissu de l'os n'est pas ramolli il n'a pas subi la dégénérescence graisseuse. Il présente au contraire des saillies, des ostéophytes de consistance éburnée en certains points. La surface est inégale, rugueuse, et au niveau du col chirurgical l'os est aplati d'avant en arrière. Au dessous sont des inégalités ; dues à des ostéophytes ou à des sillons vasculaires. Au niveau des points qu'on avait retrouvés recouverts par du pus concret au moment de l'opération l'os est plus régulier, et plus gros dans son ensemble. Dans toute sa longueur il est manifestement vasculaire.

Après une série d'alternatives dans laquelle la malade présente différents symptômes heureusement de courte durée (érysipèle, douleurs dans les articulations) on sent le 25 janvier deux masses osseuses de nouvelle formation, l'une tenant à l'os ancien, et l'autre supérieure indépendante de la première.

Le 25 février. — Les deux masses osseuses sont réunies, il n'existe pas de pseudarthrose et l'os forme un tout continu.

Le 2 mars. — La malade se sert de son bras pour les usages de la vie, mieux qu'elle ne l'avait fait depuis sept ans.

Depuis le 1^{er} septembre 1865 la jeune fille travaille comme cigarière à la manufacture de tabacs de Lyon.

La nature spécifique de la maladie osseuse n'était pas connue au moment de l'opération, et ce n'est que plusieurs années plus tard que le professeur Ollier apprit que cette malade avait une syphilis d'origine vaccinale.

OBSERVATION IX

Syphilis tertiaire. Ostéomyélite gommeuse du tibia gauche s'accompagnant de vives douleurs. Trépanation par le professeur Ollier. (Thèse de Perret).

Madame X..., 32 ans, mariée à 22 ans, avait eu dans les années qui suivirent deux fausses couches, la première à trois mois, la deuxième à six mois. Une troisième grossesse parvint jusqu'à son terme normal, l'enfant vécut seulement quelques jours.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, cette malade avait accouché plus tard d'un enfant actuellement vivant. L'affection syphilitique remonterait à l'époque du mariage. La malade avait alors présenté des manifestations spécifiques du côté de la peau, du cuir chevelu et du pharynx. Il y a 4 ans douleurs dans le membre inférieur gauche et surtout au niveau du tibia. Présentant une acuité très grande à certains moments, elles se sont accompagnées d'un gonflement progressif lent. Malgré l'emploi réitéré de l'iodure, ces douleurs n'ont pas disparu complètement.

Au moment où on l'examine (mars 1885), on constate une

hyperostose siégeant à la partie moyenne du tibia gauche, s'étendant sur une hauteur de 7 à 8 centimètres ; à peu près 1 cent. 1/2 de plus au périmètre du membre pris à ce niveau. La peau légèrement violacée est mobile ; on sent au-dessous d'elle des irrégularités à la surface de l'hyperostose, jamais de pus. Pas de douleur à la pression bien qu'elle existe spontanément à un degré tel que M. le Professeur Ollier se décide à pratiquer deux trépanations. On constate l'existence d'une couche gommeuse jaunâtre sous-périostique, de porosités, de vermourures et dans l'intérieur du canal médullaire d'un tissu fibrocaséux. Ni pus, ni sequestre. — Suites simples : soulagement immédiat et persistant malgré la cessation de l'iode.

OBSERVATION . X

Gomme crânienne. Hyperostose de fémur. Syphilis osseuse tardive. (Thèse de Berne. Paris 1883).

Léon B..., 11 ans entre le 10 mars 1882 à l'hôpital Trousseau présentant à la partie supérieure et postérieure de la région temporale droite, une tumeur molle, dépressible à son centre et dont la périphérie se continue insensiblement avec les parties voisines. Cette tumeur avait paru en décembre 1881.

En janvier 1882. — La tumeur était molle. Douleur de tête au début de l'affection surtout pendant la nuit.

En janvier 1882. — L'enfant éprouve, un matin, de vives douleurs localisées aux deux cuisses, et fut forcé de garder le lit pendant une semaine.

Les deux fémurs sont actuellement le siège d'une notable hyperostose, occupant l'extrémité inférieure de ces deux os,

non leurs épiphyses mais la portion terminale de la diaphyse.

Les douleurs sont sourdes, fugaces, plus vives la nuit. La pression est peu douloureuse.

Chaque fémur est régulièrement augmenté de volume : l'hyperostose est plus marquée à la partie interne qu'à la partie externe de l'os.

L'enfant ne présente d'autres lésion syphilitique qu'un léger développement exagéré du frontal droit.

L'appareil dentaire offre la lésion de la syphilis héréditaire. La crête palatine est très saillante.

Pas de cicatrices ni à la verge, ni à l'anus.

L'enfant a été soumis à un régime très sévère. Dès la première semaine du traitement, la tumeur commença à diminuer de volume et à présenter une certaine dureté. Dans la suite la tumeur semble s'effacer progressivement. Le traitement fut continué.

Actuellement (2 mois après) l'enfant peut être considéré comme guéri de la gomme crânienne, l'hyperostose du fémur a beaucoup diminué.

Les antécédents sont intéressants à noter.

La mère a toujours été bien portante. Elle a eu cinq enfants dont deux seulement vivent encore. L'un de ceux qui vivent eut une tumeur à l'humérus droit qui se termina par suppuration, à l'heure actuelle l'hyperostose est encore appréciable.

Le père enfin nous déclara avoir eu un chancre en 1861. Il suivit un traitement régulier au moyen de pilules et de préparation d'iodure de potassium.

OBSERVATION XI

Syphilis héréditaire tardive. Hyperostose des tibias (Thèse de Berne, 1883).

La nommée Pauline C..., 11 ans, entre le 26 avril 1882 dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

Cette petite fille est malade depuis un mois. Si nous ajoutons foi aux renseignements que nous donne la mère l'enfant était atteinte d'un coryza chronique datant de 3 ans.

Elle alla à l'hôpital de Berck sur mer et à son retour s'aperçut de l'énorme développement de son abdomen.

Les veines des téguments sont fort dilatées. L'abdomen est très distendu, de l'ascite existe, mais en médiocre abondance.

La palpation permet de constater un état tout particulier du foie : cet organe est d'une dureté ligneuse, son bord tranchant offre des nodosités dures et de volume variables.

Les extrémités inférieures des deux fémurs, offrent une hyperostose notable intéressant toute l'épaisseur de l'os.

L'extrémité supérieure de chaque tibia est également le siège d'une hyperostose très appréciable. L'extrémité supérieure de l'humérus droit présente une saillie remarquable de l'épitrochlée. Le système dentaire offre des altérations morbides dignes d'intérêt. La jeune malade ne possède qu'une incisive ; la deuxième canine inférieure droite manque. La première molaire droite supérieure présente un sillon vertical et en état de division exagérée.

Cicatrices fessières cutanées. Croutes papuleuses à la commissure latérale gauche et au pourtour des narines.

Trois petites tumeurs dans la paroi interne de l'aisselle droite ; ces tumeurs roulent sous le doigt et paraissent être des ganglions hypertrophiés.

Au niveau de la suture bifrontale, et un peu à gauche siège une petite exostose très dure, non douloureuse.

OBSERVATION XII

Syphilis héréditaire. Lésions symétriques des tibias. Lésions osseuses multiples (Thèse de Berne, Paris 1883).

La nommée P... (Jeanne), 11 ans, est malade depuis 6 mois. Elle aurait reçu un coup de pied à la suite duquel sa jambe se serait enflée.

L'enfant présente un aspect maladif ; elle est maigre, chétive, les 2 tibias paraissent lésés symétriquement ; le tibia gauche offre une sorte d'incurvation apparente, une saillie en lame de sabre, occupant exclusivement la partie moyenne de l'os. Aucun gonflement. Le fémur droit est plus volumineux que le gauche et présente un épaississement portant sur l'épaisseur totale de la diaphyse, en un point très rapproché de l'épiphyse fémorale, Indolence de toutes ces parties.

Le cubitus droit est noueux, raboteux, indolore.

L'enfant présente une crête palatine très saillante.

Disposition anormale du voile du palais adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Rien à l'anus ni aux fesses.

Extrémité inférieure du fémur droit est volumineuse et douloureuse à la pression. Une saillie circulaire siège à la portion de la diaphyse qui l'unit à l'épiphyse fémur gauche normal.

Le tibia droit ne présente pas de déviation marquée de son

axe. Le bord antérieur est parsemé de nodosités douloureuses à la pression et qui se retrouvent sur toute l'étendue de la face antérieure. Le tibia tend à devenir cylindrique. La pression est douloureuse au niveau du 1/4 inférieur de la diaphyse : le pied droit présente trois cicatrices au niveau du 1^{er} métatarsien, l'une d'entre elle occupe la partie moyenne de la face interne, la 2^e siège à la région dorsale, la 3^e à la région plantaire.

Le tibia gauche est épaissi en deux points.

L'enfant n'a jamais été malade : elle n'eut ni bouton ni éruption.

La mère eut cinq enfants dont trois fausses couches successives. La mère présente une irrégularité des deux tibias dont la face antéro-externe est criblée de bosselures.

Elle perd ses cheveux et eut de violentes céphalalgies pendant ses dernières grossesses.

Le père mort d'attaque d'épilepsies, eut des plaques muqueuses pour lesquelles il fut traité à la Pitié.

OBSERVATION XIII

Société de chirurgie le 11 mai 1881. Thèse de Berne, 1883.

E. B... 11 ans. La mère a eu treize enfants et en a perdu sept. Bien portant jusqu'à cinq ans. A cette époque il éprouva des douleurs la nuit exclusivement. Elles durèrent plusieurs heures. Les douleurs siégeaient à la partie moyenne des jambes qui étaient gonflées. La diaphyse du tibia devint le siège d'inégalités très apparentes et très douloureuses. Un peu plus

tard, la peau s'est ulcérée. Les tibias sont arqués, à courbure antéro-postérieure, convexes en avant.

Il n'y a plus de bord antérieur mais une face inégale avec des nodosités et des bosselures. Epiphyses indemnes.

Le péroné offre une hyperostose en fuseau du tiers moyen. Hyperostose irrégulière et inégale de la diaphyse fémorale droite. Le fémur ne présente pas d'ulcération.

L'humérus gauche est indemne, le quart inférieur de la diaphyse de l'humérus droit est hyperostosé.

Hyperostose des deux cubitus. Lésions dentaires nettement caractérisées.

Le traitement mixte fit cesser les douleurs et diminuer le volume des hyperostoses.

Le petit malade revu un an après présente des ulcérations gommeuses sur la face interne des tibias et se traduisent par des ulcérations confluentes larges comme la paume de la main.

L'enfant est soumis au traitement par le sirop de Gilbert.

27 janvier.— Il ne reste plus sur chaque jambe que deux petites plaies bourgeonnantes, rosées, de bonne nature, larges comme deux francs.

Au niveau des anciennes hyperostoses du cubitus existent des petites nodosités appréciables, lorsqu'on mobilise sur elles le tégument.

On remarque de plus trois taches fessières bien nettes sur la région sacrée.

OBSERVATION XIV

Syphilis héréditaire tardive.

Antoinette L... âgée de sept ans, entre salle Denonvilliers en avril 1882, hôpital Trousseau, service de M. Lannelongue.

L'enfant est malade depuis trois mois. Les parents prétendent qu'elle avait fait une chute il y a deux ans, au niveau du tibia droit. Elle présente au tiers moyen du tibia, un gonflement marqué, une bosselure dure, non douloureuse sans incurvation appréciable de l'ensemble du tibia.

Nous interrogeons les parents : mère actuellement bien portante, a eu une fausse couche de deux mois. Elle aurait eu de fréquents maux de gorge, un écoulement vaginal de longue durée, elle perdit les cheveux avant son mariage « deux mois avant d'entrer en ménage, elle prit de la liqueur de Van Swieten ».

Le père, homme d'aspect vigoureux, déclare avoir eu la « grande vérole » il y a neuf ans. Il prit des pilules et de la liqueur Van Swieten et eut de fréquentes démangeaisons produites par des croûtes de la tête.

L'enfant ne présente aucune cicatrice à l'anus, ni à la vulve. Pas de cicatrices fessières.

Soumise à un traitement antisiphilitique, dès son arrivée, la petite malade éprouve une amélioration très rapide de son état. Quand elle quitta l'hôpital, un mois et demi environ après son entrée la bosselure avait subi une diminution de la moitié de son volume primitif :

OBSERVATION XV

Dactylie syphilitique héréditaire tardive: Periostose gommeuse du sternum. (Thèse de Berne 1883).

Meicher treize ans d'aspect vigoureux, malade depuis quatre mois. Il eut d'abord des douleurs aux deux avant-bras; lesdou-

leurs étaient plus marquées la nuit et troublaient le sommeil. Il eut des douleurs au métacarpe (3^e mét. droit). La main devient enflée et à la même époque apparut un gonflement du tiers supérieur du sternum. Douleur la nuit.

Les deux tibias, au niveau de la diaphyse, deviennent douloureux à cette époque. Le malade éprouve de plus une douleur névralgique, de chaque côté des tempes, surtout la nuit. A la même époque il y eut gonflement prononcé de la région mammaire droite et un gonflement de la phalange de l'index droit.

Actuellement nous observons ce gonflement de la phalange, gonflement fusiforme, renflé à la partie moyenne, douloureux sur le côté, lorsqu'on presse avec le doigt.

Etat actuel. — Crête médio-palatine très marquée. Renflement médian antéro-postérieur. L'appareil dentaire est bon. Bosseure hémisphérique et unique du sternum, occupant le tiers supérieur, large de 3 centimètres de diamètre. Tuméfaction dure, non douloureuse. Pas de lésions ganglionnaires.

La deuxième sœur âgée de 5 ans et demi, souffre depuis cinq mois de douleurs costales. Asymétrie frontale. Absence de la deuxième molaire gauche. Etat crénelé des incisives inférieures. Rien aux tibias.

La troisième sœur, 14 ans et demi. Altérations dentaires sans lésions du squelette. Ces trois enfants n'ont jamais présenté d'engorgement ganglionnaire d'aucune sorte, ni de courbure rachitique.

OBSERVATION XVI

Syphilis ignorée. Exostoses. Gommès des jambes communiquée par M. le professeur Fournier. (Thèse de Basset, Paris, 1882).

La nommée N..., 49 ans, blanchisseuse a bonne santé habituelle n'accuse aucun antécédent héréditaire.

Réglée à 18 ans. A eu à cette époque des symptômes d'hystérie et de chlorose qui disparurent à la première grossesse.

Premier accouchement. — A 20 ans, d'un enfant né à terme. Mort à quatre ans.

Deuxième grossesse. — Accouchement à 3 mois d'un enfant mort depuis six semaines.

Troisième grossesse. — Deux ans après la première. Accouchement à 8 mois. Enfant mort au bout de deux jours.

Quatrième grossesse. — Accouchement à terme. Enfant mort à 9 mois. En résumé aucun enfant vivant.

Le père des enfants est mort alcoolique à 42 ans, il y a dix ans.

En 1869. — Nouveau mariage, aucune grossesse depuis cette époque. Il y a environ 20 ans premier symptôme de syphilis. A cette époque la malade eut pendant 3 à 4 ans des maux de gorge continuels et répétés avec enrouement, mais la malade n'avait jamais eu ni boutons sur la langue, ni taches sur le corps, ni croûtes dans les cheveux. Pas d'alopecie.

Cinq ans après, elle fut prise de douleurs vagues dans les membres sans siège fondé, qui disparurent après plusieurs années pour reparaitre trois après dans les tibias et surtout au niveau des genoux. Ces douleurs avaient des allures extrême-

ment capricieuses d'une durée très variable, violentes la nuit. Jamais de traitement spécifique.

Il y a un an une tumeur apparut au-dessous du condyle interne du tibia droit et vers cette époque disparurent les douleurs.

En décembre 1879. — Nouvelle tumeur à la partie moyenne et antérieure de la jambe gauche.

Il y a 15 jours environ parut sur la jambe droite une autre tumeur à côté et un peu plus sur la ligne médiane que la première signalée de ce côté.

Cette tumeur qui avait paru la dernière, a évolué la plus rapidement puisque depuis 8 jours elle s'est ulcérée, puis ouverte.

Elle forme aujourd'hui une ulcération arrondie à fond anfractueux, jaunâtre, caverneux, à bords saillants.

L'autre gomme droite en voie de suppuration est isolée, peu fluctuante avec induration et empâtement.

Depuis douleurs très vives au niveau du condyle interne du fémur gauche. Traitée par iodure de potassium.

27 janvier. — Les deux gommès sur la jambe droite présentent une ouverture arrondie à bords saillants.

15 février. — Gomme gauche s'est résorbée peu à peu, les autres se cicatrisent.

21 février. — La malade part chez elle où elle continue à suivre le traitement.

OBSERVATION XVII

Syphilis héréditaire tardive et précoce. Gomme frontale. Hyperostose des deux humérus. (Obs. recueillie dans le service de M. le professeur Lannelongue). Thèse de Berne, 1885.

D..., 13 ans, entre le 25 septembre 1883, salle Denonvilliers.

Le père présente encore actuellement des signes manifestes de syphilis.

Malade depuis un an l'enfant chétif, maigre entre à l'hôpital pour de la kératite et des douleurs du coude gauche et de l'avant-bras droit. Ce qui frappe d'abord c'est la présence d'une dépression située au-dessus de l'arcade sourcilière droite et à son tiers externe : cette dépression est cratériforme, une peau mince en garnit le fond qui est adhérent aux parties osseuses très minces probablement qui se trouvent au-dessous. Le tégument est aminci, blanchâtre et présente de petits tractus fibreux à disposition irradiée autour d'un centre circulaire est un peu saillant, plus adhérent que les parties voisines, et particulièrement douloureux à la pression. Au pourtour le doigt retombe sur un rebord osseux, abrupt, irrégulier. A la paupière supérieure gauche existe une cicatrice déprimée.

L'humérus gauche présente un épaissement occupant le 1/4 inférieure de la diaphyse, à sa jonction avec l'épiphyse inférieure. La pression est douloureuse.

L'humérus droit est plus altéré dans son ensemble, l'aspect du radius droit nous frappe par le développement excessif de sa portion diaphysaire. Nous donne la présence d'un accroissement d'épaisseur totale du corps de la diaphyse sur une étendue de 8 centimètres.

Le tégument des fesses offre des petites cicatrices ou macules très marquées en général sur la face interne de la fesse droite et au devant de la cuisse gauche.

La région temporale présente une cicatrice déprimée.

Bouche. — Dents altérées en général. Absence d'incisive gauche supérieure, incisive droite érodée et de couleur blanc crayeux. Dents inférieures déviées, rudimentaires grenues ; incisives inférieures embarrées et dentelées.

Rien à la langue. Testicule droit atrophié. Crâne court avec prédominance du diamètre bi-pariétal.

Oeil gauche atteint. Kératite parenchymateuse, iris déformé, troubles visuels. Synéchies supérieures probables. Strabisme interne, coryza chronique. Ulcérations nasales.

Rien à l'anus, ni à la verge.

Traitement mixte. — Cessation des douleurs après un mois de traitement. Les hypérostoses du coude et de l'avant-bras droit sont diminuées considérablement.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée au 6^e congrès des chirurgiens allemands 2^e séance 5 avril 1877. Berlin Wochensh, n° 36, p. 332, 3 sep. 1877).

Syphilis héréditaire tardive. Déviation. Ostéotomie du tibia.

Il s'agissait d'une périostite gommeuse du tibia gauche consécutive à la syphilis héréditaire existant depuis 9 ans chez cette jeune fille qui comptait à cette époque 15 ans et qui avait occasionné un excès de croissance de l'os correspondant.

Le tibia malade mesurait 8 à 9 centim. de plus que le tibia sain. Le péroné n'avait pris aucune part à cette croissance exa

gérée. Le tibia avait par suite subi une incurvation en arc de cercle, à convexité interne. Il en était résulté une position vicieuse de la surface articulaire inférieure regardant en bas et en dehors.

Le pied était en valgus si accentué que la malade s'appuyait en marchant sur la malléole interne et que les ligaments internes étaient fortement distendus et relâchés. La jeune fille ne pouvait se déplacer qu'avec des béquilles.

J'ai enlevé un coin du tibia et j'ai pratiqué une division linéaire du péroné, immédiatement au-dessous de l'articulation du coup de pied et j'ai réussi à rendre au membre sa rectitude et malgré une différence de longueur qui persiste, cette jeune fille peut parfaitement marcher toute la journée sans appui. Je lui fais néanmoins porter à cause du relâchement des ligaments qui n'a pas encore complètement disparu un soulier de Scarpa.

OBSERVATION XIX

M. le prof. Tripier. Thèse de Perret, Lyon, 1885.

M. C..., 44 ans. Sans antécédents syphilitiques avérés. Se fracture la cuisse sans avoir fait aucun effort le 24 mai 1884. Raccourcissement de 25 centimètres. Tentative vaine de réduction. Insensibilité de la malade.

Dès ce moment on suppose soit la syphilis, soit un néoplasme. Le membre est placé dans l'appareil de Volkmann.

L'exploration ne donnant rien au point de vue du néoplasme cancéreux on se rabat sur la syphilis et on lui administre l'iodure de potassium.

La malade n'a jamais éprouvé de douleurs quoique très nerveuse.

Vingt jours après la malade éprouve des troubles gastriques, pas de changement appréciable.

17 juillet. — Tuméfaction moins considérable mais plus dure.

1^{er} août. — Enveloppement du membre dans un appareil silicaté.

30 septembre. — La consolidation s'accuse de plus en plus et le cal paraît avoir diminué.

10 novembre. — C'est seulement à ce moment qu'on commence à faire marcher la malade.

31 décembre. — Etat local très satisfaisant. Marche facile.

16 mai. — Le raccourcissement est toujours de 4 centimètres le cal encore volumineux. Mais il paraît solide.

19 juillet. — Nous apprenons au dernier moment que M. C... vient de faire une nouvelle fracture spontanée à quelques centimètres au-dessous de la première.

Vu par le président de thèse
A. FOURNIER

Vu par le Doyen
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DOUMERGUE. — Syphilis des enfants du premier âge. Paris, 1842.
- DIDAY. — Syph. des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris, 1854.
- CHARRIER. — 1862. De l'hérédité syphilitique. Arch. de méd., t. XX, p. 334.
- PICK. — Mères et enfants syphilitiques. Wien. méd. Hulle, 1863.
- LEMARDELEY. — Formes dans lesquelles se présente la syphilis chez les nouveau-nés. Th. Paris, 1840.
- JACEWICZ. — Etude sur l'hérédité de la syphilis. Th. de Paris, 1856.
- TIRBINCK. — Obs. de syphilis congénitale. Mort et expulsion du fœtus. Bull. de la soc. de méd. de Gand.
- NOTTA. — Mémoire sur la transmission hérédit. de la syphilis.
- CULLERIER. — Syphilis des enfants nouveau-nés. Paris, 1850.
- TROUSSEAU et LASÈGUE. — Syph. constitutionnelle des enfants du premier âge. Gaz. méd. Paris, 1848.
- SALOMON. — On syph. infantile. Brit. med. Journ. l. 326, 1863.
- DES RUELES. — Des manifestations de la syphilis congénitale. Paris, 1852.
- DEPAUL et RICORD. — Du temps d'apparition de la syphilis des enfants. Bull. de l'Acad. de médecine, 1863.

MAYR. — Hérité paternelle de la syphilis. Ann. de mal. de la peau. Cazenave, t. IV, p. 263, 1852.

MANDON. — Hyst. de la syphilis des nouveau-nés. Th. Paris 1855.

TROUSSEAU. — Gaz. des hôpit. 1825. Union méd. 1857, p. 195.

MARTINEZ Y SANCHEZ. — Essai sur la syph. héréditaire. Th. Paris, 1855.

FOISTER (R). — Von Dresden Beitrage sur behandlung der infantilen syphilis.

BLONDEAU. — Syphilis congénitale. Transmission. Gaz. des hôpit., 1866.

ROGER. — Union méd. 1885.

RANVIER — Syphilis congénitale. Décollement des épiphyses, 1864. Gaz. des hôpitaux.

ROGER. — Syphilis infantile, 1863.

V. ALLINGHAM. — On the treatment of congenital syphilis. méd. Times and Gazette, 1863.

BOERENSPRUNG. — Die hereditare syphilis. Berlin, 1864.

WILLIAM DUNN. — Obs. on the treatment of hered syph. with cases treated Without mercury. Britisch med. journ., 1865.

ARTEADE QUOESAD A. — Essai sur la syph. congénitale. Paris, 1865.

HUTCHINSON. — Cases of inherited syph. Britisch med. journ., 1867.

GAILLETON. — Diagnostic de la syph. heredit. Lyon méd., t. XVI, p. 482.

MIDENS. — Hérité dans la syphilis. Th. de Paris, 1867.

FORSTER R. — Von Dresden Beitrage zur behandlung der infantilen syphilis Deutsches archiv. für klinische medicus, page 244, 1866.

VIOLET. — Etude pratique de la syph. infantile. Paris, 1873.

PARROT. — Syph. des nouveau-nés. Soc. anat. 5^e série, t. VIII, p. 392, 1873.

— Sur une pseudo paralysie causée par une altération du syst. osseux chez les nouveau-nés atteints de syphilis hérédit. arch. de phys. 1871, 1872, p. 319.

— Les lésions osseuses de la syph. et le rachitisme. Arch. de phys. p. 133, 1876.

— Leçons sur la syph. hérédit. Progr. méd. 1877-1878-1880-1881.

AUSPITZ. — Etat actuel de la science sur la syph. congénitale. Wien méd. Presse, 1866.

J. OPPERT. — Visceral and hereditary syphilis. London, 1858.

HEIDENREICH. — Dict. Dechambre. Article Syphilis osseuse.

BRÉBANT. — Syph. héréd. du père aux enfants sans infection de la mère. Soc. méd. de Reims. Bull. n° 11, 1873.

SIMONNOT. — Syph. chez les nouveau-nés. Th. de Strasbourg, 1867.

RICHARD. — Hérédité dans la syphilis. Influence du père. Th. Paris, 1870.

RIVINGTON. — Hereditary syph. arrestad. developpement. Med. times and. Gaz., 19 octobre 1872.

CAIL HERMING. — Remarque sur deux formes particul. de syph. hérédit. Jahrb für Kunderkeilk, 1872.

LEPILEUR. — Syph. congénitale affectant les doigts et les orteils des Enfants. Dublin obstetrical Society, 1873.

LEWIN. — Syph. congénitale. Soc. méd. Berlin, 9 avril 1873.

RAFINESQUE. — Contribution à l'Etude de la syph. infantile. Arch. de tocologie, 1874.

CHARRIN. — Note sur un cas d'altérat. du tissu osseux chez un syph. nouveau-né. Gaz. méd. Paris, 1873.

STURGIS. — Etiology of Hered. Syph. New-York med. Journ. Juillet 1873.

- TAYLOR. — Bone syphilis in Children. New-York, 1875.
- GRESSENT. — Manifest. tardives de la syph. héréditaire. Th. 1874.
- BEAUREGARD. — Etude sur la syph. congénitale. Ann. de Gyn., t. IV, 1875.
- TREMEAU DE ROCHEBRUNE. — Th. de Paris, 1874. Syphilis congénitale.
- AUGAGNEUR. — Syph. héréd. tardive. Lyon, 1879.
- LANNELONGUE. — Soc. de chirurg., 1881 (18 et 25 mai). Progrès médical, 1881.
- MAURIAC. — Gaz. des hôpit., 1879 et Progrès méd., 1881.
- LEFORT. — Soc. de Chirurgie. Juillet 1881.
- ROUSSEL. — Syph. tertiaire. Th. Paris, 1881.
- PELIZZARI et A. TAFANI. — Malatti delle ossa a Sifide creditoria. Florence, 1881.
- GARCIA LAVIN. — Progrès méd., 1881.
- DEFONTAINE. — Syph. artic., 1883.
- BERNE. — Th. Paris, 1883.
- MERICAMP. — Des arthropathies syphilitiques tertiaires, 1882.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes.
- GANGOLPHE. — Lyon Médical, 1884.
- PONCET (A.). — Traité de Chir. Duplay et Reclus. Article syphilis osseuse.
- MAUCLAIRE. — Traité de Chir. Le Dentu et Delbet. Article syphilis osseuse.
- Thèse de Dubar : Paris, 1883.
- Thèse de Perret : Lyon, 1885.
- Thèse de Chabaud : Lyon, 1890.

